

# Комплексна імуномодуюча терапія атопічного дерматиту

Бочарова В.В.

*Запорізький державний медичний університет*

## КОМПЛЕКСНАЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Бочарова В.В.

Использование Иммунофлана в сочетании со стандартной терапией atopического дерматита позволяет сократить сроки лечения и уменьшить частоту рецидивов заболевания.

## THE COMPLEX IMMUNOMODULATORY THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS

Bocharova V.V.

The use of Imunoflan in combination with the standard therapy of atopic dermatitis allows reducing the period of treatment and frequency of relapses.

**П**остановка проблеми, її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Атопічний дерматит (АД) відноситься до генетично детермінованих хронічних рецидивуючих дерматозів з тенденцією до збільшення частоти випадків у всьому світі [1-4]. Перебіг захворювання характеризується еволюцією клінічних проявів запалення шкіри, які розвиваються у трьох вікових періодах:

- у ранньому дитячому віці – дитяча екзема;
- у підлітковому віці – стропулюс;
- у подальшому – дисемінований або дифузний нейродерміт.

Незважаючи на численні дослідження, ще не розроблені чіткі критерії ранньої діагностики проявів запалення шкіри при АД на імунологічному рівні. З урахуванням того, що в патогенезі реакцій гіперчутливості, яка розвивається у пацієнтів, приймає участь велика кількість як імунокомпетентних, так і неімунокомпетентних клітин, виникає необхідність вивчення біоспектрів, які б могли стати «об'єднуючим» критерієм, що характеризує ступінь запалення, викликаного різними медіаторами [5-7]. У цьому зв'язку актуальною задачею практичної дерматології є впровадження нових методів імунотерапії АД [8, 9], у тому числі – за допомогою препаратів переважно рослинного походження.

Робота є фрагментом комплексної НДР Запорізького державного медичного університету

та Донецького національного медичного університету «Удосконалення діагностики, профілактики та лікування дерматовенерологічних захворювань у осіб, що зазнали впливу шкідливих факторів виробничого та навколишнього середовища» – № держреєстрації 0208U004249.

**Мета дослідження** – розробка та обґрунтування комплексного методу лікування хворих на атопічний дерматит з використанням імуномодуючої терапії (фітопрепарат Іммунофлам).

**Матеріали та методи дослідження.** Під спостереженням знаходилось 70 хворих на АД (30 чоловіків та 40 жінок у віці від 17 до 45 років). У всіх хворих відмічався свербіж шкіри, різноманітні порушення психофізіологічного стану, розлади сну; зокрема спостерігалася:

- еритематозно-сквамозна форма АД (на шкірі обличчя, шиї, ліктьових та колінних згинів, тулуба відмічались запальні інфільтрати, лущення, численні кірки, інколи – мокнутия) – у 17 (24,3 %) хворих);

- еритематозно-сквамозна форма АД з ліхеніфікацією (у тих же місцях локалізації, але й на згинальних поверхнях кінцівок, а також іноді і на волосистій частині голови відмічалось злиття між собою ділянок гіперемованої шкіри з наявністю лущення, численні ескоріації, серозно-геморагічні кірки, дрібна папульозна висипка) – у 23 (32,8 %) хворих;

- ліхеноїдна форма АД (переважно на тиль-

ній поверхні кистей та в підколінних ямках, на задній поверхні шиї шкіра була сухою, гіперемованою, ліхеніфікованою з наявністю ліхеноїдних папул) – у 24 (34,3 %) хворих;

- прurigінозна форма АД (процес локалізувався у більшій мірі на розгинальних поверхнях кінцівок з наявністю прurigінозних папул, великої кількості кірок на місцях ексорації) – лише у 6 (8,6 %) хворих.

Крім цих «основних» проявів АД, спостерігались і так звані «додаткові»:

- «атопічне обличчя» (нижні повіки дещо інфільтровані з наявністю гіперпигментації та додаткової складки; із зовнішнього краю відмічається облямування брів; є ознаки періоральної ліхеніфікації або хейліту; шкіра обличчя має сіруватий відтінок) – у 23 (32,8 %) хворих;

- фолікулярний кератоз – у 40 (57,1 %);

- іхтіоз або ксероз – у 15 (21,4 %);

- сухість шкіри – у 70 (100 %) хворих.

У 28 (40 %) хворих процес ускладнювався розвитком стафіло- чи стрептодермій:

- фолікуліти;

- фліктеноподібна висипка;

- «медові» кірки.

У трьох (4,3 %) хворих виявлявся періоральний кандидоз.

**Результати та їх обговорення.** У залежності від методу лікування, хворі були розподілені на 2 репрезентативні групи по 35 осіб у кожній:

- 1 група (порівняльна) – лікована стандартним методом;

- 2 група (основна) – лікована комплексно з використанням Імунофлам.

Хворим 1 групи призначалась терапія у відповідності до розроблених в Україні стандартів:

- гіпоалергенна дієта (обмеження продуктів, що містять цукор, екстрактивні речовини, копченості, цитрусові та ін.);

- дотримання режиму (гігієнічний одяг, сприятливі побутові умови, раціональна зміна видів праці та відпочинку);

- усунення бактеріальної та паразитарної сенсibiliзації;

- гіпосенсибілізуючі препарати (кальцію глюконат – по 1 табл. 3 рази на добу);

- антигістамінні препарати (Лоратадин – по 1 табл. на добу);

- седативні препарати (Ново-пасит – по

1 чайній ложці 3 рази на добу);

- імуномодуючі препарати (натрію нуклеїнат – по 1 порошку 3 рази на добу);

- вітаміни (ундевіт – по 1 драже 3 рази на добу).

- топічна терапія, яка проводилась у залежності від стадії захворювання і характеру висипки:

1) примочки;

2) волого-висихаючі пов'язки;

3) креми та гелі з вітамінами А, Е;

4) кортикостероїдні топічні засоби зі слабкою або помірною активністю.

Хворі 2 групи отримували таке ж лікування, але замість натрію нуклеїнату їм призначався Імунофлам.

Цей препарат випускається в капсулах; одна капсула лікарського засобу містить діючу речовину – 90 мг ліофілізованого сухого екстракту ункарії томентози та допоміжні речовини – мальтодекстрин, тальк, кремнію діоксид водний, магнію стеарат.

Ункарія томентоза – деревоподібна ліана, яка росте в лісах на території Перу. У європейській медицині застосовують ліофілізований екстракт з кори ліани, який містить усі біологічно активні речовини рослини:

- тетра- та пентациклічні оксіндольні алкалоїди;

- феноли та поліфеноли;

- глікозиди хінної кислоти;

- тритерпени;

- стероїди.

**Оксіндольні алкалоїди з ункарії томентоза:**

- мітрафілін;

- птероподин;

- ринхофілін;

- ункарин;

- спеціофілін тощо, –

мають виразну імуностимулюючу (стимулятори фагоцитозу), протизапальну, антиаритмічну, антиагрегантну, гіпохолестеринемічну, противірусну, антиасматичну, противиразкову та антиканцерогенну дії, здатні інгібувати моноаміноксидазу, мають вазодилатуючу та міорелаксуючу дії.

**Фенольна фракція** представлена катехінами (ідентифіковані як (–) епікатехіни) та проантоціанідинами. Епікатехіни мають антимуаген-

ну, Р-вітамінну та антиоксидантну дії. Лейкоантоціаніди підвищують чутливість пухлинних клітин до дії іонізуючого випромінювання, що сприяє підвищенню ефективності радіотерапії при лікуванні пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Крім того, проантоціанідинаміни пригнічують активність окисно-відновних ферментативних процесів у пухлинних клітинах (протипухлинна дія). Епікатехіни також чинять противірусну (у тому числі – проти вірусів, що спричиняють гепатит та герпес), антигістамінну та антикоагуляційну дії.

**Глікозиди хінної кислоти** мають противірусну дію.

**Тритерпенові сапоніни** мають антибактеріальну, антисклеротичну та протипухлинну дії.

**Стероїди** (стигмастерол і кампестрол) мають антибактеріальну та знеболювальну дії, а також стимулюють ріст волосся.

Показаннями для застосування Імунофламу, згідно інструкції, є:

- радикуліт, ревматизм, ревматоїдний артрит та інші системні захворювання сполучної тканини;
- виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;
- порушення обміну речовин;
- холецистит;
- коліт;
- порушення менструального циклу;
- системний кандидоз;
- фіброміома;
- імпотенція;
- вірусні респіраторні захворювання;
- порушення імунного статусу організму;
- алергія;
- захворювання шкіри, герпес;
- ендокринні, онкологічні, серцево-судинні захворювання.

Імунофлам також використовується з метою профілактики вірусних респіраторних захворювань, порушень імунного статусу організму, алергії.

Перед тим, як розпочати лікування, враховувались протипоказання до використання Імунофламу:

- підвищена чутливість до складових препарату;
- стани після трансплантації органів;
- вагітність;

- діти віком до 6 років.

Імунофлам призначали зранку за 30 хв. до їжі внутрішньо по 1 капсулі 1 раз на день, запиваючи 0,5-1 склянкою води; курс лікування складав 30 днів. Через тиждень хворим призначали другий курс прийому Імунофламу (без одночасного прийому інших лікарських засобів для внутрішнього застосування). У разі потреби, також через тижневу перерву рекомендувався третій курс прийому Імунофламу.

Заздалегідь, за 2-3 місяці до періодів найбільш частих можливих рецидивів захворювання (індивідуально кожному пацієнту), з профілактичною метою, препарат застосовували по 1 капсулі через день протягом 2-3 місяців (з тижневою перервою після кожного з курсів профілактики).

Усі пацієнти курси лікування та профілактики Імунофламом переносили добре; побічних дій препарату не відмічалось.

У порівнянні з хворими 1 групи, у пацієнтів 2 групи у достовірно менші терміни зникала сверблячка шкіри, що сприяло більш ранньому регресу висипних елементів.

У віддаленому періоді спостереження (на протязі року) спостерігалися:

а) відсутність рецидивів:

- у 1 групі – у 10 з 35 (28,5 %) хворих;
- у 2 групі – у 17 з 35 (48,5 %) хворих;

б) менша частота та менший ступінь проявів рецидивів:

- у 1 групі – у 7 (20 %) хворих;
- у 2 групі – у 10 (28,5 %) хворих.

**Висновки.** Використання в системі комплексної терапії та вторинної профілактики atopічного дерматиту Імунофламу забезпечує скорочення термінів регресу сверблячки шкіри, а в подальшому – і висипки на шкірі; у віддаленому періоді спостереження в 77 % пацієнтів рецидиви захворювання не наступали або зменшувалась їх частота та ступінь проявів.

**Перспективою подальших досліджень** може стати з'ясування:

- механізмів антипруритогенної та проти-запальної дії цього препарату при лікуванні та профілактиці atopічного дерматиту;
- можливості потенціювання цих ефектів при одночасному використанні Імунофламу з іншими лікарськими засобами.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Солошенко Э.Н. Распространенность алергодерматозов в современных условиях / Э.Н. Солошенко // Дерматология и венерология. – 2000. – № 1. – С. 84-90.
2. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина / – Харьков: «Факт», 2007. – 792 с.
3. Иммуномодулирующая и противовирусная терапия атопического дерматита / П.А. Скрипкин, Е.В. Матушевская, В.С. Григорьев, Е.В. Свирщевская // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 2. – С. 30-37.
4. Verhager J. Absence of T-regulatory cell expression and function in atopic dermatitis skin / J. Verhager, M. Akdis, C. Traidl-Hoffmann *et al.* // J. Allergy Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 117, No 1. – P. 176-183.
5. Katagiri K. In vivo levels of IL-4, IL-10, TGF-beta 1 and IFN-gamma mRNA of the peripheral blood mononuclear cell in patients with alopecia areata in comparison to those in patients with atopic dermatitis / K. Katagiri, S. Arakawa, Y. Hatano // Arch. Dermatol. – 2007. – Vol. 298, No 8. – P. 397-401.
6. Багірян І.О. Можливості імуноткорекції у дітей дошкільного та шкільного віку / І.О. Багірян, Т.О. Воронцова, Я.В. Олійник // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 2 (07). – С. 93-94.
7. Білозорів О.П. Циркуючі імунні комплекси і дослідження антигенного впливу при алергодерматозах, псоріазі і хламідіозах / О.П. Білозорів / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 07.00.03 – Медицина (14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби). – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. – Київ, 2003. – 40 с.
8. Болотна Л.А. Сучасний метод лікування атопічного дерматиту препаратами метаболічної дії / Л.А. Болотна, Ю.В. Качук, О.І. Саріан // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2008. – № 1-2 (11). – С. 272.
9. Буянова О.В. Комплексне лікування атопічного дерматиту з використанням мазі кремген / О.В. Буянова, Л.О. Хімейчук // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. – № 3 (6). – С. 39-40.